



～健康チェック～



初診日 _____
 加行NO _____

ふりがな		住所		〒	
氏名					
生年月日	昭和	平成	年	月	日生
電話番号		携帯番号			
E-mail					
職業	会社員	自営業	主婦	パート	学生
その他 ()					
当クリニックへは何を見ていらっしゃいましたか？					
紹介 ()		HP	看板	ご近所	その他 ()

①どうなさいましたか？

- むし歯がある
- 歯が痛い
- 歯のクリーニングをして欲しい
- 詰め物・被せ物が取れた
- 入れ歯の具合が悪い
- 健診をして欲しい
- 歯並びを良くしたい
- 歯の色が気になる (白くしたい)
- その他 ()

②それはどこの部分ですか？

箇所	左上	前上	右上	□全部	□その他 ()
	左下	前下	右下		

③いつごろからですか？ (痛みのある方へ)

- 今日から
- 昨夜から
- 日前から
- ずっと前から
- 時々
- その他 ()

④どのように痛みますか？

- ズキズキ痛い
- かむと痛い
- ときどき痛い
- 冷たい物がしみる
- 熱い物がしみる
- その他 ()

⑤歯を抜いたことがありますか？

- ない
- ある (年前) (カ月前)

※その時、何か異常はありましたか？ (歯を抜いたことがある方へ)

- ない
- 何日も痛んだ
- 血が止まらなかった
- 熱が出た
- その他 ()

⑥歯の治療で麻酔をしたことがありますか？

- ない
- ある

※その時、何か異常はありましたか？ (麻酔をしたことがある方へ)

- ない
- ある (症状 :)

⑦現在及び過去にかかった病気がありますか？

- ない 心疾患 肝疾患 腎疾患 胃腸 糖尿 貧血 高血圧
甲状腺 血液疾患 脳疾患 精神疾患 喘息
アレルギー（金属 薬 食物 花粉 ハウスダスト アトピー その他） その他（ ）

※過去に手術をされたことがありますか？

- ない ある（いつ頃ですか： ）

※過去に輸血を受けたことがありますか？

- ない ある（いつ頃ですか： ）

⑧現在服用している薬はありますか？

- ない
ある（薬名： ）

※薬を服用して副作用を起こしたことがありますか？

- ない ある（薬名： ）

⑨顎の状態が気になりますか？

- 気になる 気にならない

※現在ある症状はありますか？（気になる方へ）

- 口が開けにくい 口の開閉時に音がする 口の開閉時に痛みがある
肩こり 腰が痛い 朝起きた時顎がこわばる

⑩日頃、歯の定期健診を受診されていますか？

- はい いいえ

※はいと答えた方へ

- 3ヵ月に一度 6ヵ月に一度 1年に一度 痛くなった時だけ

⑪治療について

- 問題のあるところを全部治したい 保険の範囲内で治療したい 最も良い資材と方法で治療したい
痛いところだけ治したい 担当医と相談しながら治療計画をたてたい
その他（ ）

⑫その他、気になることやご希望がございましたらご記入ください

（例：麻酔が苦手・歯のクリーニングの際に痛みを感じることもある等）

ご記入ありがとうございました。
ご記入いただいた内容を細かくお聴きいたします。
お気軽に何でもお話しください。

